

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM RELATÓRIO

Carla Alexandra Torres Machado

**Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem
de reabilitação na autoperceção da pessoa com
patologia respiratória**

Setembro 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM RELATÓRIO

Carla Alexandra Torres Machado

**Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem
de reabilitação na autoperceção da pessoa com
patologia respiratória**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha
Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de
Reabilitação

Orientadora: Professora Teresa Silveira

Setembro 2024

"Os rios não bebem sua própria água; as árvores não comem seus próprios frutos. O sol não brilha para si mesmo; e as flores não espalham sua fragrância para si. Viver para os outros é uma regra da natureza. (...) A vida é boa quando você está feliz; mas a vida é muito melhor quando os outros estão felizes por sua causa".

Papa Francisco

Dedicatória

Os nossos caminhos apenas são possíveis, se tivermos ao nosso redor pessoas de bom coração, que nos compreendam e envolvam de carinho, que permitem que os nossos desejos sejam concretizáveis, que nos ouvem, apoiam e não nos deixam desistir...que acreditam em nós.

Este relatório é dedicado a todas estas pessoas presentes na minha vida, que me encorajaram a percorrer este caminho tão intenso e cheio de experiências, e que sustentaram a minha falta sem nunca falhar. À Lúcia e ao Barros, amigos para a vida, pelos elevados valores de amizade, camaradagem e entreajuda, pelas palavras e presença nos melhores e piores momentos, alicerces fortes que sustiveram a melhor equipa de todas, enquanto incentivavam este percurso na busca pelo conhecimento.

Ao Rodrigo, a minha maior inspiração e razão de viver, fonte de alegria e de sabedoria, cúmplice de vida, pela presença e paciência, pelos sorrisos contagiantes e palavras confortantes...pelos abraços protetores ...por todo o amor!

Por fim, a todos os que necessitam de cuidados, e que serão sempre a razão desta missão que concretizo agora e que levo nos caminhos da vida!

Agradecimentos

No final deste percurso, um agradecimento especial à Sara Porto, à Sara Fernandes e à Lucélia Andrade, pela partilha de momentos ao longo desta etapa académica, pela amizade, trabalho, entreaajuda e palavras de incentivo, pela presença e carinho constantes com que granjearam esta missão.

À Supervisora Pedagógica, orientadora deste relatório, Sra. Professora Teresa Silveira, pela simpatia, motivação, paciência e tranquilidade que sempre transmitiu ao longo deste percurso, e que foi crucial em vários momentos.

Aos Supervisores Clínicos, pela dedicação na partilha de conhecimentos e experiências, que permitiram adquirir as competências tão desejadas, em especial à Cátia e à Soraia um agradecimento especial, pela amizade que levo para a vida.

Resumo

Entre as principais causas de morte a nível mundial (1), e de morbimortalidade em Portugal (2), as doenças respiratórias, surgem como focos emergentes de reflexão. Preditiva destes indicadores, a autoperceção da saúde monitoriza a saúde e qualidade de vida da população, em que as suas necessidades surgem como focos de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), visando melhorar a funcionalidade, promover independência, bem-estar e satisfação da pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, promovendo processos de transição saudáveis.

O objetivo deste documento consistiu em demonstrar o desenvolvimento de competências na prática do EEER, refletindo sobre as intervenções deste na autoperceção da pessoa com patologia respiratória. Utilizada a Metodologia de Projeto investigação-ação, baseada num problema real, e implementadas intervenções de resolução, procurando a melhor evidência científica.

A Reabilitação Respiratória revelou-se como extremamente relevante na redução da dispneia e ansiedade, sendo fundamental na reabilitação funcional da pessoa. Identificou-se como fragilidade, os Sistemas de Informação, por não refletirem as necessidades de registos do EEER.

Os ganhos em saúde com a intervenção do EEER e a importância desta para a pessoa com patologia respiratória é inquestionável, nos vários estudos elaborados e de acordo com evidência científica. No entanto, a relevância da avaliação da autoperceção da pessoa ainda não se reflete, necessitando de implementação obrigatória para responder à visão da pessoa no centro do sistema.

Adquiridas competências de Mestre, comuns e específicas do EEER, no percurso fomentado neste relatório, verificando-se ganhos em saúde e na autoperceção da pessoa com patologia respiratória.

Palavras-chave: Reabilitação Respiratória, Autoperceção, Enfermagem de Reabilitação; Patologia respiratória.

Abstract

Among the main causes of death worldwide (1), and of morbidity and mortality in Portugal (2), respiratory diseases are an emerging focus for reflection. Predictive of these indicators, self-perceived health monitors the health and quality of life of the population, in which their needs emerge as a focus for intervention by the Rehabilitation Nurse Specialist (RNS), with the aim of improving functionality, promoting independence, well-being and satisfaction throughout the life cycle, promoting healthy transition processes.

The aim of this document was to demonstrate the development of skills in the practice of the RNS, reflecting on the RNS's interventions in the self-perception of the person with respiratory pathology. The action research project methodology was used, based on a real problem, and resolution interventions were implemented, looking for the best scientific evidence.

Respiratory Rehabilitation proved to be extremely important in reducing dyspnea and anxiety and is fundamental to the person's functional rehabilitation. Information systems were identified as a weakness, as they do not reflect the RNS record-keeping needs.

The health gains from RNS intervention and its importance for people with respiratory disease are unquestionable, according to the various studies carried out and scientific evidence. However, the relevance of the evaluation of the person's self-perception is not yet reflected and needs to be implemented in a mandatory way to respond to the vision of the person at the center of the system.

The Master's competences, both common and specific to the RNS, have been acquired along the path promoted in this report, and there have been gains in health and in the self-perception of the person with respiratory pathology.

Keywords: Respiratory rehabilitation; Self-perception, Rehabilitation nursing, Respiratory pathology

Lista de Abreviaturas e Siglas

ARS	Administração Regional de Saúde
ATA	Artroplastia Total da Anca
AVD	Atividades de Vida Diária
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EBM	Escala de <i>Borg</i> modificada
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EVAV	Escala Visual Analógica Vertical
IDS	Índice de Desempenho Setorial
MIF	Medida de Independência Funcional
mMRC	<i>Modified Medical Research Council Dyspnea Scale</i>
MNT	Micobactérias não Tuberculosas
OLD	Oxigenoterapia de Longa Duração
ONDR	Observatório Nacional das Doenças Respiratórias
PNS	Plano Nacional de Saúde
PRAISE	<i>Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy</i>
RFM	Reeducação Funcional Motora
RFR	Reabilitação Funcional Respiratória
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RR	Reabilitação Respiratória
SIE	Sistemas de Informação em Enfermagem
TM6m	Teste de Marcha de 6 minutos
TNF	Tabela Nacional de Funcionalidade
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
URR	Unidade de Reabilitação Respiratória

Índice

I. Introdução.....	11
II. Enquadramento Teórico.....	15
II. 1. A Pessoa com Doença Respiratória.....	15
II. 2. A autoperceção da pessoa com patologia respiratória.....	15
II. 3. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Patologia Respiratória	17
III. Percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de Mestre	20
III. 1. Diagnóstico de situação.....	20
III. 2. Unidade de Reabilitação Respiratória	22
III. 2. 1. Cuidados Paliativos.....	28
III. 3. Unidade de Cuidados na Comunidade	29
III. 4. Serviço de Internamento de Ortopedia.....	34
III. 5. Serviço de Internamento de Medicina Física e Reabilitação	36
III. 6. Unidade de Cuidados na Comunidade	39
III. 6. 1. Cuidados Paliativos.....	43
III. 6. 2. Pediatria	45
III. 7. Aquisição de competências	47
IV. Considerações Finais.....	50
V. Referências Bibliográficas.....	53

Apêndices

- Apêndice A - Competências desenvolvidas por contexto de estágio
- Apêndice B - Resultados de conversas informais com os EEER
- Apêndice C - Resultados de conversas informais com as pessoas com patologia respiratória e cuidadores
- Apêndice D - Competências adquiridas e atividades desenvolvidas por contexto de estágio
- Apêndice E - Programa de RR de doente com patologia respiratória

- Apêndice F - Artigo elaborado e aguardar submissão a publicação: “Impacto do Exercício Físico inserido em Programa de Reabilitação em Hospital de Dia à pessoa com Infecção por MNT”
- Apêndice G - Resultados da aplicação da PRAISE a pessoas com patologia respiratória em contexto da prática clínica
- Apêndice H - Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem de *Gibbs* – intervenção do EEER na pessoa em Cuidados Paliativos
- Apêndice I - Folheto “Reabilitação Respiratória
- Apêndice J - Plano de RR na Comunidade
- Apêndice K - Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem de *Gibbs* – intervenção do EEER na pessoa com patologia respiratória na comunidade
- Apêndice L - Modelos de apoio a projeto de RR a pessoas com DPOC
- Apêndice M - Estudo de caso “Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a ATA com patologia respiratória”
- Apêndice N - Estudo de caso “Enfermagem de Reabilitação na pessoa jovem com AVC
- Apêndice O - Guia “Eu tenho afasia”
- Apêndice P - Folheto “Eu (re)aprendo a respirar”
- Apêndice Q - Guia “Eu não quero cair!”
- Apêndice R - Estudo de caso “Enfermagem de reabilitação na pessoa com DPOC em UCC”
- Apêndice S - Modelos de apoio a projeto de RR a pessoas com DPOC
- Apêndice T - Estudo de caso “Enfermagem de Reabilitação na pessoa com DPOC e insuficiência respiratória crónica, em contexto paliativo”
- Apêndice U - Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem de *Gibbs* – intervenção do EEER na pessoa em idade pediátrica
- Apêndice V - Artigo elaborado e submetido a publicação: “Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na mobilização precoce da pessoa em contexto de UCI: Revisão *Scoping*”

Anexos

Anexo I - Certificado de participação no *webinar* “Transição entre ambientes de prática Clínica: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como Decisor, Interveniente e Formador”

Anexo II - Certificado de participação no *webinar* “O que esperar do processo de reabilitação numa Unidade de Convalescência?”

I. Introdução

O presente Relatório surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa, consistindo no Relatório de estágio de natureza profissional, tendo como finalidade analisar a informação proveniente de cada contexto clínico, com base na formação especializada adquirida, considerando as diferentes perspetivas dos vários níveis de cuidados, descrevendo de forma crítica as intervenções implementadas, apresentando resultados da aprendizagem clínica e investigação aplicada e refletindo questões complexas com que a prática profissional se depara.

Neste âmbito, e tendo sido identificado um tema que deve ser alvo de reflexão, uma questão emergente cuja pertinência deve ser refletida de modo a influenciar políticas que obtenham resultados multidimensionais, cada vez mais necessários na vida das pessoas, importa refletir, sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na auto perceção da pessoa com patologia respiratória.

As doenças respiratórias apresentam uma relevância crucial para a saúde mundial, encontrando-se em 2021, entre as cinco principais causas de morte, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e as infeções agudas do trato respiratório inferior, notando-se desde o ano 2000, uma tendência de redução do número de mortes por doenças respiratórias transmissíveis (1). No decorrer dos anos assistimos a um aumento das vítimas de doenças respiratórias não transmissíveis, representando em 2022, a DPOC e a Asma, as duas principais doenças respiratórias crónicas, responsáveis por 4,1 milhões de mortes no mundo (3). A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, reconhece as doenças crónicas não transmissíveis, nas quais se incluem as doenças crónicas respiratórias, como um grande desafio para reduzir a mortalidade prematura por essa causa, aproximando-se em cerca de um terço até 2030, através de medidas de prevenção e tratamento com impacto na sustentabilidade económica (3), pois se realizadas precocemente, podem reduzir a necessidade de tratamentos mais dispendiosos, conforme reconhece o relatório *Saving lives, spending less: a strategic response to NCDs* gerando ganhos económicos e de saúde (4).

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística, durante o ano de 2022, as doenças do aparelho respiratório foram as que representaram o maior aumento

relativamente ao ano anterior, causando cerca de 12 114 óbitos, representando cerca de 9,7% da mortalidade total, destacando-se entre estas as mortes por pneumonia (4 488 óbitos) e por tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão (4 410 óbitos) (2). Neste contexto, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, define objetivos de saúde que incluem a redução da morte prematura e evitável, e da carga de doença e incapacidade associadas a doenças do aparelho respiratório (diminuição da taxa de mortalidade padronizada prematura e da taxa de mortalidade padronizada em todas as idades), considerando as doenças do aparelho respiratório como uma das prioridades de saúde (sobretudo as doenças crónicas como a DPOC e as infeções respiratórias inferiores, nomeadamente as pneumonias), que constituem um dos problemas de saúde de magnitude elevada ou em crescimento, presentes em Portugal (5). Assim, o PNS estabelece como estratégias de intervenção relativamente às necessidades de saúde por problemas de saúde de elevada magnitude, a prevenção de complicações ou agudização de doença crónica, como a prevenção das infeções respiratórias nos doentes respiratórios crónicos e ainda a educação para a (auto)gestão da doença crónica (5).

A visão da pessoa no centro do sistema é um imperativo, um dever e um direito individual, em que o EEER assume um lugar preponderante na resposta às necessidades e problemas de cada um, e em que o seu desempenho apenas terá a sua adequada visibilidade, quando tiver dados que efetivamente sustentem e diferenciem a sua atuação (6), criando o impacto positivo na forma como as pessoas percecionam a sua saúde e vivem o seu processo de transição saúde/doença. A autoavaliação do estado de saúde realizado em 2023, revelou que 51% da população com 16 ou mais anos, avaliava o próprio estado de saúde como bom ou muito bom, registando mais 1,5 p.p. do que no ano de 2022 (49,5%), menos 0,7 p.p relativamente ao ano de 2021 (50,2%) e menos 1,8 p.p do que em 2020 (51,3%), permitindo concluir que a população que avalia positivamente o seu estado de saúde embora tivesse aumentado em 2023, tem uma tendência anterior de diminuição nos últimos anos, assim como o facto de Portugal continuar a ser um dos países da União Europeia com a mais baixa percentagem de pessoas com essa perceção, cerca de 18,3 p.p abaixo da média (7). Complementarmente, a perceção individual sobre uma experiência de transição saúde/doença assume particular importância para a pessoa que a vivencia, podendo o significado atribuído a esses eventos variar, influenciando os resultados, seja pela perturbação que a mesma possa ocasionar ou com as respostas que podem surgir a esta interferência, pelo que, os programas de reabilitação pressupõem uma

transição, cuja eficácia deve prever o conhecimento sobre o processo de transição e a percepção que a pessoa possui (8). A Teoria das Transições de Afaf Meleis, assume criteriosamente que o enfermeiro tem como preocupação a forma como as experiências humanas transitórias são vivenciadas pela própria pessoa, e em que a sua saúde e bem-estar podem ser considerados resultados da intervenção da Enfermagem (6). Da mesma forma, o padrão de resposta que constitui o resultado das intervenções do EEER, poderá refletir-se na autopercepção da pessoa com patologia respiratória sobre a sua saúde e bem-estar, assim como a forma como se adapta às transições vivenciadas no seu processo saúde-doença, motivo pelo qual, o modelo teórico de Afaf Meleis será norteador de toda a temática.

Neste âmbito, surge a importância de uma das áreas consideradas emergentes a investigar, identificada pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, as “intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função respiratória” (9) que assumem conseqüentemente, uma função preponderante na autopercepção da pessoa com patologia respiratória, cada vez com maior relevância em Portugal. Assim, o **objetivo geral** do Relatório de Estágio de Natureza Profissional, consiste em **desenvolver competências para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**.

Este documento encontra-se estruturado em três partes: enquadramento teórico, percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de mestre e considerações finais. Na primeira parte é apresentado o estado da arte relativo aos conceitos desenvolvidos nos contextos de estágio, relacionando-os e fundamentando-os, tendo por base a evidência científica atual, da mesma forma que se descreve o percurso que encaminhou a identificação do objetivo descrito. A segunda parte incide na identificação e fundamentação de cada diagnóstico de situação, contextualizando cada local de estágio, relacionando os objetivos e as atividades desenvolvidas, com os domínios de competências do enfermeiro especialista e mestre, apresentando os resultados obtidos. Este relatório termina com algumas considerações finais, produto de reflexões sobre as aprendizagens em enfermagem especializada e de mestre, dificuldades e/ou limitações de operacionalização do plano de projeto nos vários contextos de estágio, salientando os ganhos das atividades desenvolvidas para a valorização da Enfermagem

de Reabilitação, para a pessoa e família/população. São ainda, apresentadas as referências bibliográficas que serviram de base para a elaboração deste relatório.

II. Enquadramento Teórico

II. 1. A Pessoa com Doença Respiratória

As doenças respiratórias são definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como doenças que afetam as vias aéreas a nível nasal, brônquios e pulmões, e incluem infeções respiratórias agudas e doenças respiratórias crónicas, como a asma, a DPOC e a neoplasia do pulmão (10), sendo uma das principais causas de mortalidade e morbidade em Portugal (11). As limitações da função respiratória tendem a causar um significativo impacto físico, psicológico, social e financeiro sobre a pessoa, família e sociedade, com um aumento crescente dos gastos em saúde (12).

O Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) faz referência aos 10.255 óbitos por doenças respiratórias em 2021, salientando que continuam a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade em Portugal e referindo a DPOC e as pneumonias como as grandes causas de internamento hospitalar em 2022, responsáveis também por uma elevada percentagem das hospitalizações com ventilação, consequentemente mais dispendiosas (13). As exacerbações da doença respiratória crónica, traduzem um declínio não apenas clínico como funcional, constituindo fatores que representam mau prognóstico e mortalidade (14).

O ONDR releva entre 2011 e 2019, um crescimento de 182% e 152% de pessoas com problemas ativos de asma e DPOC respetivamente, nos Cuidados de Saúde Primários (15).

II. 2. A autoperceção da pessoa com patologia respiratória

Indicador subjetivo utilizado na monitorização da saúde e qualidade de vida da pessoa com patologia respiratória, a autoperceção do estado de saúde, complementa outros indicadores como a mortalidade e a morbidade, sendo reconhecida como fundamental, relativamente ao estado físico e mental da pessoa, surgindo como

independente das interpretações dos sintomas pelos profissionais de saúde, assim como se considera preditiva da mortalidade e da utilização dos serviços de saúde (16).

Definida como o conjunto das percepções da pessoa sobre a sua situação na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, a qualidade de vida tem sido sendo influenciada pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de dependência, pelas relações sociais, pelos fatores ambientais e pelas crenças pessoais, não devendo refletir a opinião de profissionais de saúde ou membros da família (17). A forma como cada pessoa se apercebe do seu próprio estado de saúde é considerado um dos principais indicadores para a monitorização da saúde da população e da sua qualidade de vida (16).

A qualidade de vida deve incluir as componentes referentes à saúde física (dor corporal, fadiga, sono, descanso) e mental (sentimentos positivos e negativos, pensamentos, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal), nível de independência (mobilidade, atividades de vida diárias, dependência de medicação ou tratamentos, capacidade de trabalho), relações sociais (pessoais, atividade sexual e apoio social), ambiente (segurança, ambiente domiciliário, cuidados de saúde, oportunidades de adquirir novas competências, participação em atividades, transporte) e dimensão espiritual (17). Variadas pesquisas internacionais apresentam a autopercepção negativa de saúde associada a um aumento do risco de morbimortalidade (18).

Vários modelos centrados na autogestão da doença crónica, nomeadamente o *Chronic Disease Self-Management Program*, referem que se baseiam na percepção que as pessoas têm sobre as incapacidades/limitações que a doença lhes provoca, havendo evidência de que, melhorando a percepção de autoeficácia relacionada com a aplicação de programas de gestão da sua doença, as pessoas relatam uma melhor autopercepção da sua saúde, referindo menos ansiedade, e apresentando resultados mais positivos no exercício aeróbio e na gestão cognitiva dos sintomas, reduzindo incapacidades e melhorando o seu bem-estar e qualidade de vida (19).

As doenças respiratórias crónicas, como a DPOC e a fibrose pulmonar, produzem um impacto significativamente negativo para a pessoa, pela inerente dificuldade respiratória com agravamento progressivo e pela diminuição da qualidade de vida, seja

pela limitação nas Atividades de Vida Diária (AVD), como na participação social e profissional (14).

II. 3. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Patologia Respiratória

A Reabilitação Respiratória (RR) encontra-se definida como sendo uma intervenção ampla, abrangente, interdisciplinar, que se baseia numa extensa avaliação, não se limitando apenas à doença pulmonar, mas também às variadas repercussões físicas e psicológicas inerentes, seguida de tratamentos individualizados (exercício físico, alteração comportamental, etc.), para melhorar a saúde física e emocional da pessoa com patologia respiratória, reduzindo sintomas e otimizando a funcionalidade, aumentando a participação social, da mesma forma que, promove a adesão prolongada a comportamentos saudáveis, reduzindo custos de saúde (6,14,20). Fundamental no acompanhamento de pessoas com doença respiratória aguda ou crónica, o EEER deve ter como objetivo geral melhorar a funcionalidade, intervir na promoção da independência e na máxima satisfação da pessoa, contribuindo para a preservação da autoestima (21), participando e proporcionando resposta às necessidades vivenciadas em todos os contextos, seja em hospital ou na comunidade/domicílio (22).

A avaliação e diagnóstico dos fatores que determinam limitações e incapacidades da pessoa e cuidadores, devem ter subjacentes, escalas e instrumentos de medida, que suportem essa apreciação, de forma a serem elaborados e implementados programas de reabilitação adequados à especificidade de cada situação, tendo sempre a pessoa no centro dos cuidados e visando a maximização da sua autonomia e qualidade de vida. O treino de exercício inserido em programas de RR comporta inúmeros benefícios, capacitando a pessoa para a realização das AVD que envolvem maior esforço físico, reduzindo a dispneia e a fadiga, permitindo uma maior autonomia e independência (14). Existem evidências de que o treino físico em que são utilizados equipamentos mínimos, simples e de baixo custo, representam uma alternativa a programas de RR com uso intensivo de equipamentos, no entanto, estima-se que, em Portugal, das pessoas com DPOC com indicação para programas de RR, apenas 2-5% têm acesso aos programas, comprovando

a insuficiente resposta a nível nacional, agravando ainda mais a acessibilidade das pessoas que vivem fora dos grandes centros urbanos (14, 23).

O agravamento de alguns sintomas como a dispneia, característica de pessoas com patologia respiratória, associado às consequências de um plano terapêutico, interfere na sua percepção de qualidade de vida, pelo que programas de reabilitação tendem a melhorar essa percepção (24). A teórica de Enfermagem Afaf Meleis refere que no processo de transição de uma condição ou estado para o outro, é dada relevância às interações entre enfermeiro e pessoa, devendo ser abordados por estes, os problemas e necessidades desse processo de transição (que pode envolver mais do que a pessoa), afirmando que “a forma como o sujeito se percebe previamente à mudança é alterada, tendo esta necessidade de vivenciar um processo de transição (...) de reorganização interior em que a pessoa aprende a adaptar-se a novas circunstâncias” (25). Através do alívio da dispneia e da fadiga, a RR melhora a função emocional, aumentando a sensação de controle que as pessoas têm sobre a sua condição (26).

A intervenção do EEER na capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença, nomeadamente nos focos conhecimento e aprendizagem das capacidades, torna-se fundamental para a promoção do *empowerment*, tomada de decisão e atitudes, ao desenvolver formas de lidar perante os desafios diários que decorrem dos processos de transição com que a pessoa se depara ao longo da sua doença (27), permitindo minimizar inseguranças e potenciando a qualidade de vida. Considerando a fase de transição, uma fase de exposição de provável instabilidade, os processos psicológicos envolvidos nestas mudanças podem levar a um declínio, influenciando a percepção da pessoa no seu processo de reabilitação e/ou motivação para adesão ao mesmo (28). A capacitação da pessoa com limitação nas atividades de vida diárias, deve ser alvo da intervenção do EEER, de forma a maximizar a sua funcionalidade desenvolvendo capacidades para a mesma. Assim, deve avaliar os riscos de existência de alterações a todos os níveis, tendo constantemente por base, a individualidade da pessoa, da mesma forma que avalia todos os contextos psicossociais que podem ser influenciadores dos resultados da sua intervenção (21).

O regresso a casa após um processo de hospitalização, tende a ser gerador de desequilíbrio, e por isso torna-se preponderante no impacto que pode ter na pessoa,

alterando a autopercepção nesta transição, surgindo assim, a importância estratégica do EEER como profissional de referência na preparação da alta, procurando a consciencialização, capacitação para a adaptação à transição, empoderando a pessoa para este processo (28). A prática do EEER deve ter como base, a facilitação das transições das pessoas/famílias/comunidades, centrando-se nos processos e vivências destes, sendo compreendidos como resultados, a saúde e o bem-estar (25). Uma transição é considerada saudável, se os padrões de resposta verificados por indicadores de processo e resultado, ao longo do processo, apresentarem uma evolução positiva (25). Através de um programa de reabilitação eficaz, que deve envolver ensinamentos e avaliação da percepção destes, integrando os recursos disponíveis na comunidade, procurando responder às necessidades e expectativas de cada pessoa, irá contribuir para a melhoria da qualidade de vida e influenciar a opinião desta sobre o seu estado. Os programas de RR, permitem que a pessoa alcance a capacidade para reassumir a vida ativa, adquirindo motivação para manter comportamentos saudáveis (14), traduzindo-se a longo prazo, em aumento da capacidade de autogestão da doença, redução da utilização de recursos de saúde, assim como da dependência dos serviços de saúde (20).

Um dos tipos de avaliação económica relacionada aos cuidados de saúde, denominada cálculo da análise custo-utilidade, permite apurar os ganhos em saúde obtidos pela intervenção do EEER, medida através do nível de satisfação da pessoa e que depende da relação entre os custos de intervenção do EEER e os seus benefícios através da medição da qualidade de vida relacionada à saúde, sendo o custo-utilidade do EEER no contexto atual social e económico, referido como ganhos evidentes em saúde, tendo subjacente os dias de incapacidade evitados e anos de vida ganhos (29). Porém, a Comissão de Trabalho de Reabilitação Respiratória do Triénio 2022-2024, revelou dados relativos ao panorama nacional de RR no ano de 2023, relativamente aos serviços de RR, que demonstram uma constituição da equipa multidisciplinar, em que os EEER se encontram presentes em apenas 53% dos serviços (30).

III. Percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de Mestre

O desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre, permitiu cimentar conhecimentos, aplicando-os em contexto real, face a uma reflexão contínua que procurou gerir e transformar contextos de trabalho, que exigiram várias abordagens na resolução de diversos problemas identificados através de um diagnóstico da situação (apêndice A). Dessa forma, foi utilizada uma Metodologia de Projeto investigação-ação, que se baseou num problema identificado, real, para o qual se implementaram estratégias e intervenções, que procuraram oferecer respostas para a sua resolução, utilizando um variado leque de pesquisas e analisando situações, que após resolução de vários problemas reais, torna-se promotora de uma prática baseada em evidência (31).

A prática de Enfermagem de Reabilitação ao longo deste percurso, seguiu o referencial teórico de Afaf Meleis, visando o processo de transição da pessoa e família/cuidador ao longo do tempo, de forma a permitir que suceda de forma consciente e saudável, procurando criar pontes e laços simplificadores, para a maximização do potencial, conhecimentos e capacidades (25).

III. 1. Diagnóstico de situação

A certificação de competências especializadas do enfermeiro especialista pressupõe que este deve mobilizar um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, para intervir em todos os contextos de vida e níveis de prevenção, após ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo (32). A identificação das necessidades de intervenção especializada do EEER, inerente nas competências específicas do EEER, nomeadamente em J1 “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e que contribui para analisar a problemática, visando o desenvolvimento e implementação de ações, com vista a uma consciência social inclusiva, presente na competência J2 “Capacita a pessoa com

deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (21), teve subjacente a elaboração de um diagnóstico de situação, identificando as principais limitações/dificuldades observadas no processo de RR da pessoa com patologia respiratória e oportunidades de melhoria (B2) de forma a melhorar a informação para a tomada de decisões na sua prática (C1) (32). Foram realizadas conversas informais com os EEER dos contextos de estágio, tendo por base um guião pré-definido (Apêndice B), uma vez que são estes quem melhor define os constrangimentos nesta população, da forma como vivencia todo o processo adaptativo, assim como os obstáculos à sua própria atuação enquanto especialista de reabilitação. Obteve-se respostas de três EEER a desempenhar funções em serviços de Internamento, três EEER em Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e um em hospital dia/internamento. Na análise das respostas, verifica-se uma predominância da pneumonia, DPOC e fibrose pulmonar, como as patologias respiratórias mais frequentes nos vários níveis de cuidados e entre as necessidades mais referidas, a dificuldade de realização das AVD por sensação de cansaço e o controlo da ansiedade, assim como, a falta de resposta da comunidade no pós-alta clínica das pessoas em internamento hospitalar. Os familiares/cuidadores transmitem aos EEER que se encontram sobrecarregados física e emocionalmente ao cuidar da pessoa com patologia respiratória, havendo necessidade de um seguimento mais individualizado que partilhe conhecimento, com consultas de maior periodicidade, concordando com a falta de resposta da comunidade. Os EEER referem também que estes desvalorizam a reabilitação respiratória relativamente à motora, quando em contexto de comunidade. De entre as maiores dificuldades nas suas intervenções, os EEER de contexto hospitalar, salientam a falta de adesão aos programas de RR, incumprimento terapêutico e escassa resposta da comunidade para a continuidade dos programas estabelecidos, que consideram como maior desafio, enquanto em contexto comunitário é referido o constrangimento da diminuição cognitiva de grande parte das pessoas, não cumprindo os programas de RR planeados, a não adoção de hábitos de vida saudáveis e a ausência de cuidadores eficazes, que criam barreiras ao sucesso da sua intervenção, relevando este último como um dos maiores desafios, da mesma forma que a consciencialização da pessoa, como sendo fulcral para o sucesso do programa de reabilitação. Em ambos os níveis de cuidados, os EEER consideram o sistema de registos informáticos complexos, não respondendo às necessidades de registo das intervenções respiratórias, com instrumentos de recolha de dados deficitários neste campo. A equipa

multidisciplinar é referida como um aspeto de melhoria, no que diz respeito à comunicação e articulação entre profissionais e insuficiente no atendimento à pessoa em visita domiciliária.

O modo como a pessoa se adapta à sua doença, tem em consideração além dos recursos, conhecimento, atitude e crenças, as percepções que a pessoa possui sobre a mesma, nomeadamente o que é relevante e as representações que constrói face à doença, pelo que, os profissionais de saúde devem avaliar a autopercepção de cada pessoa, no que poderá influenciar o seu comportamento (33). Assim, de forma a avaliar a autopercepção da pessoa com patologia respiratória, sobre o impacto da alteração da capacidade funcional respiratória na qualidade de vida e bem-estar, antes e após a intervenção do EEER, foram realizadas várias conversas informais com as mesmas, tendo por base um guião pré-definido (Apêndice C), de forma a desenvolver as competências específicas J1e J2 já enunciadas, assim como a J3 que descreve a interação do EEER com a pessoa, no sentido de desenvolver intervenções que permitam uma maximização das capacidades funcionais (21). Utentes e familiares em contexto comunitário referem ter algum desconhecimento sobre a doença respiratória, embora o sentimento de decisor no estabelecimento do seu plano de reabilitação seja unânime em ambos os níveis. A continuidade dos exercícios sem presença do EEER é um ponto fraco, seja por esquecimento da realização dos mesmos ou da forma de os efetuar. Utentes e cuidadores concordam que desde o início da reabilitação, uma das mudanças sentidas, consiste no facto da pessoa respirar melhor e ser capaz de percorrer distâncias maiores com um menor grau de cansaço associado, permitindo maior independência na realização das AVD e maior qualidade de vida. Familiares/cuidadores referem sentir-se cansados por sobrecarga física e emocional.

De forma a descrever o percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de mestre, importa contextualizar cada local de estágio.

III. 2. Unidade de Reabilitação Respiratória

O primeiro estágio decorreu numa Unidade de Reabilitação Respiratória (URR), no período compreendido entre 04 de dezembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024, entre dois contextos de abordagem à pessoa com patologia respiratória, nomeadamente:

- Serviço dedicado a pessoas com infeção por Micobacterias não Tuberculosas (MNT), que inclui hospital dia com consultas de enfermagem com intervenção do EEER e ginásio, e 8 camas de internamento;

- Serviço de internamento de Pneumologia com 18 camas, onde os diagnósticos mais frequentes são: pneumonia, DPOC, derrame pleural e pneumotórax.

A equipa de enfermagem de reabilitação é constituída por três EEER. A intervenção do EEER é realizada nas várias vertentes, numa abordagem holística da pessoa, em interdisciplinaridade com toda a equipa.

O sistema de informação utilizado é o *Global Care* da *Glintt*, em que são registadas as escalas de *Braden* e *Morse*. Os instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação utilizados também incluem: a Escala de *Borg* modificada (EBM), o *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (mMRC) e o Teste de Marcha de 6 minutos (TM6m), no entanto, esse registo é realizado em modelo próprio, de forma manual, da mesma forma que a Escala Visual Analógica Vertical (EVAV) e o *Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy* (PRAISE). É ainda realizado o teste de levantar e sentar de 1 minuto. A estatística específica do EEER é realizada em programa de excel e o programa de RFR duplicada em grelha de registo manual, que é arquivado em dossier para o efeito.

Este estágio teve como objetivo geral, desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidade de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR), segundo o qual, foram definidos os seguintes objetivos específicos, identificando as competências desenvolvidas nas atividades realizadas (apêndice D):

- Avaliar as necessidades funcionais da pessoa e diagnosticar as limitações e/ou incapacidades;

Elaborado o diagnóstico da situação neste contexto de estágio (apêndice B e C) de forma a identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades (B2.1) e conhecer fatores que podem interferir na relação com a pessoa e equipa (D1.1), que

revelou como necessidades de intervenção à pessoa com patologia respiratória, a RR e o controlo da dispneia e ansiedade e o aumento da capacidade funcional para realização das AVD. Foi referido também, a necessidade de serem introduzidos instrumentos de avaliação no sistema informático, assim como, recolhida informação e utilizadas escalas e instrumentos de medida (J1.1). Como maiores desafios para o EEER, a gestão da ansiedade e a visibilidade das suas intervenções, assim como, uma maior resposta da comunidade para continuação dos programas de RR.

Avaliadas alterações da funcionalidade através da recolha de informação pertinente utilizando as variadas escalas em utilização na URR (J1.1).

- Compreender as práticas relativas às intervenções do EEER;

Foram registadas em grelha de observação, as intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizadas à pessoa com necessidade de reeducação funcional respiratória (J1.3) e para capacitação da mesma (J2.1) (apêndice E).

- Conceber e implementar plano de intervenção para reeducação das funções respiratória e/ou cardíaca e/ou motora;

Ao longo desta experiência, a participação na elaboração e implementação de programas de reabilitação respiratória a pessoas com patologia respiratória, foi uma constante, procurando favorecer processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e/ou incapacidade) (J1.2, J1.3, J3.1) (apêndice E e F).

Para a implementação de programas de RFR, os EEER têm subjacentes um conjunto de competências, que dirigidas a pessoas com patologia respiratória, procuram melhorar a capacidade de desempenho nas AVD e aumentar a qualidade de vida (J1.2, J1.3, J2.1, J3.1). Incluem-se intervenções como: prevenção/correção da postura corporal, técnicas de descanso e relaxamento; consciencialização e controlo da respiração (dissociação de tempos respiratórios, treino de respiração diafragmática); reeducação diafragmática global e hemicúpulas (anterior/posterior, direita/esquerda) com e sem resistência; reeducação costal global (com/sem bastão) e seletiva (anterior/posterior, com/sem resistência), terapêutica de posição, utilização de dispositivos de apoio (espirómetro de incentivo); mecanismos de limpeza das vias aéreas: ensino da tosse (dirigida, assistida), Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias, técnica de expiração forçada

(huff), drenagem postural (clássica, modificada), manobras acessórias (compressão, vibração, vibrocompressão e percussão), e dispositivos de apoio (flutter, acapella); exercício físico: elaborados programas de treino físico para pessoas com doença respiratória, segundo a metodologia FITT-VP (frequência, intensidade, tempo, tipo de treino, volume, progressão), com exercícios resistência e de fortalecimento muscular de membros superiores e inferiores (com halteres, bola suíça), exercícios cinéticos de cadeia aberta e fechada, tendo sempre presente os critérios de segurança. Foram também neste âmbito, desenvolvidas competências na área da auscultação pulmonar e visualização de exames imagiológicos e realizados ensinamentos vários (inaloterapia, oxigénio de longa duração, marcha, controlo ventilatório, técnicas de relaxamento, entre outros).

Foram utilizados como instrumentos de avaliação, as escalas: EBM, mMRC, EVAV, Escala de *Braden*, Escala de *Morse*, Índice de *Barthel*, *PRAISE*. Realizados várias provas: levantar/sentar em 1 minuto, TM6M.

- Avaliar o resultado da intervenção do EEER na pessoa com patologia respiratória;

Realizada análise da aplicação dos instrumentos de avaliação na pessoa com patologia respiratória (apêndice E, F e G), avaliando os resultados das intervenções implementadas (J1.4) e monitorizando a implementação dos programas (J3.2), tendo-se constatado redução da dispneia e ansiedade na pessoa, assim como um aumento da capacidade de realização das AVD por maior tolerância à atividade.

Sob proposta da equipa de EEER, e de forma a dar visibilidade à importância das intervenções do EEER e aos ganhos em saúde conseguidos, assim como, atuando como dinamizador da introdução de conhecimento (D2.2), foi realizado estudo de investigação em formato de artigo, para publicação, intitulado: “Impacto do Exercício Físico inserido em Programa de Reabilitação em Hospital de Dia à pessoa com Infecção por MNT” (apêndice F), promovendo a incorporação de conhecimentos garantindo a melhoria contínua da qualidade, de forma a influenciar processos de mudança na prática especializada, procurando contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da profissão (B1, C2.2, D2.2) . Este estudo quantitativo com abordagem descritiva, foi realizado durante 14 semanas, de acordo com o princípio FITT VP, tendo sido definida uma frequência de 1 a 3 vezes/semana, com intensidade estabelecida de acordo com o

método de FC, treino combinado de resistência e força e duração até 45 minutos. Estabeleceu-se como volume de treino 1 série de 10/15 repetições e para exercícios de força 1 série de 10/15 repetições com 1 a 2 kg e/ou remo, sendo para exercícios de resistência 10 a 15 minutos de passadeira ou elítica, numa progressão de treino determinada com base na EBM, FC e TA.

Foram ainda realizados diversos ensinamentos de educação para a saúde e importantes para a execução no domicílio, tais como inaloterapia, exercícios respiratórios e da função motora.

Da análise dos vários instrumentos de recolha de dados aplicados, no início e fim do programa de RR, constatou-se a eficácia das intervenções do EEER permitiram obter significados clínicos positivos relativamente à distância percorrida no TM6m, redução da percepção da dispneia verificada na EBM e da forma como afeta as AVD através da mMRC. A autopercepção do estado de saúde foi avaliada através da aplicação da EVAV em que os participantes percecionam maioritariamente o seu estado de saúde geral como melhorado, e pela PRAISE quanto à capacidade de realização de atividades específicas, em que os itens 4, 7, 9, 12 e 15 foram analisados especificamente quanto ao resultado da intervenção do EEER, tendo-se verificado que 71% dos participantes demonstraram uma autopercepção mais positiva da sua saúde após as 14 semanas estabelecidas. Este estudo confirmou a melhoria da capacidade ventilatória da pessoa com infeção por MNT, após realização de exercício físico inserido em programa de enfermagem de reabilitação em Hospital Dia, revelando ganhos em saúde e na autopercepção da pessoa, como resultado da intervenção do EEER.

Todo o estudo e intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas em contexto de estágio, foram desenvolvidas no respeito por uma prática profissional regida por normas legais e princípios éticos e deontológicos (A1).

- Identificar a autopercepção da pessoa com patologia respiratória.

A par do realizado para o diagnóstico das necessidades, foram analisados resultados das conversas informais com as pessoas com patologia respiratória (apêndice C) e efetuada avaliação e análise dos resultados do PRAISE, validado em Portugal e utilizado neste contexto clínico, demonstrando uma melhoria significativa, entre o início e o fim do programa de RR, que podemos associar às intervenções do EEER (apêndice F

e G), permitindo avaliar o impacto que as alterações da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar (J1.1, J1.4, J3.2).

Os ganhos obtidos com estas intervenções são inquestionáveis, tendo sido revelados através da avaliação dos instrumentos de recolha de dados, bem evidentes em todas as atividades realizadas, culminando no artigo elaborado em que constam resultados e na autopercepção da pessoa após a intervenção do EEER.

No entanto, existem alguns fatores limitadores no seu desempenho, como o rácio insuficiente de EEER/pessoas em internamento e hospital dia. Por outro lado, a utilização de sistemas informatizados, permite uma informação mais organizada, acessível, melhor legibilidade e padronização dos registos, que agiliza o tempo despendido, sendo os sistemas de informação em enfermagem (SIE), uma base para tomada de decisões clínicas, que servem de suporte legal aos cuidados prestados, assim como, permitem atribuir visibilidade à contribuição das intervenções do EEER, promovendo a investigação e demonstrando ganhos em saúde (24). Neste âmbito, este contexto de estágio evidenciou um aspeto extremamente positivo, uma vez que, os EEER integraram reuniões de decisão do conteúdo do sistema de informação, para registos da especialidade, o que permitiu introdução de várias intervenções que refletem os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente no que diz respeito à RFR e Reeducação Funcional Motora (RFM). No entanto, a evolução dos cuidados, a experiência e a inovação na área da especialidade, não se adequa às burocracias e financiamento necessários para a introdução contínua de novos tipos de registos e escalas/ instrumentos de recolha de dados, não contemplados inicialmente, obrigando à duplicação de informação em formulários em papel, paralelamente ao preenchimento de tabelas em *excel* para análises estatísticas manuais, que permitam responder às necessidades desta especialidade, de forma a proporcionar os melhores cuidados, com base na melhor evidência científica, evidenciando a importância da sua intervenção. Contrariamente, embora seja previsível que estes sistemas respondam às necessidades sentidas pelos enfermeiros (24), existem múltiplos constrangimentos que o impedem. A acessibilidade a estes instrumentos de avaliação em sistema informático, poderia também permitir colmatar uma necessidade identificada, de continuidade na comunidade.

III. 2. 1. Cuidados Paliativos

De forma a desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação à pessoa em Cuidados Paliativos e devido aos contrangimentos encontrados para a realização desta vertente, o facto de estarem internadas pessoas com patologia respiratória em cuidados paliativos, permitiu que este contexto de estágio, incluí-se também a vertente paliativa, no período de 13 a 16 de fevereiro de 2024.

Este estágio teve como objetivo geral, desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação à pessoa em Cuidados Paliativos. De acordo com este objetivo e com o diagnóstico da situação, foram definidos objetivos específicos, identificando as competências desenvolvidas nas atividades realizadas, conforme apêndice D, tendo sido elaborada ao longo do ensino clínico, uma reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem proposto por *Graham Gibbs*, de uma situação considerada significativa numa pessoa com patologia respiratória em Cuidados Paliativos (Apêndice H).

Os cuidados paliativos em enfermagem de reabilitação envolvem vários desafios, pelo que, sendo uma ferramenta de reflexão, o Ciclo de *Gibbs* permite ao EEER refletir sobre as suas experiências, permitindo melhorar continuamente as suas práticas, nomeadamente, proporcionando cuidados especializados, na capacidade de cuidar de pessoa com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo de vida e níveis de cuidados (J1), na capacitação da pessoa com limitação da atividade (J1) e procurando maximizar a funcionalidade respeitando a capacidade da pessoa (J3). As competências de mestre são também desenvolvidas através da reflexão de situações novas e complexas e de uma aprendizagem contínua, que permite aprofundar conhecimentos e melhorar continuamente, para uma prática profissional aprimorada.

O impacto emocional da situação, pode instigar na pessoa uma variedade de comportamentos e atitudes, que constituem verdadeiros desafios para o EEER. O processo de reflexão permitiu enfatizar a importância de uma abordagem centrada na pessoa, em que a Enfermagem de Reabilitação em contexto de cuidados paliativos, a par com a evidência encontrada, é fundamental na melhoria da qualidade de vida, procurando recuperar ou manter o estado funcional da pessoa (34), procurando reduzir o impacto das incapacidades e o controlo dos sintomas de forma holística, proporcionando alívio e

conforto, e prevenindo o surgimento de novas incapacidades (35), tendo sempre como base a autonomia e maior independência possível da pessoa.

Um estudo sobre a percepção do doente e enfermeiro, na satisfação das necessidades de cuidado em fim de vida, revela existirem algumas diferenças entre a percepção dos doentes e a dos enfermeiros, pois embora as necessidades físicas tenham sido corretamente percebidas por ambos, relativamente às necessidades psicológicas como a perda de identidade associada à perda de autonomia, apenas metade dos enfermeiros entrevistados as identificam (36). Em cuidados paliativos, a autopercepção da pessoa refere-se à forma como a pessoa reconhece e gere a sua própria condição e prognóstico, percebe a sua qualidade de vida, percebe a sua autonomia e controle sobre as suas decisões, podendo ser influenciada por fatores físicos, emocionais, sociais e/ou espirituais, pelo que uma abordagem holística e personalizada em cuidados paliativos deve ter em consideração a autopercepção das pessoas, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar nesta fase do ciclo de vida. É assim imprescindível que os enfermeiros disponham de competências especializadas, não só técnicas e científicas, mas também relacionais, que valorem e permitam responder às autênticas necessidades das pessoas, (36).

III. 3. Unidade de Cuidados na Comunidade

O segundo estágio decorreu numa UCC, no período compreendido entre 29 de janeiro e 12 de fevereiro de 2024. A equipa de enfermagem de reabilitação é constituída por dois EEER, ficando os doentes com patologia respiratória, sempre que possível, com uma das EEER. A intervenção do EEER é realizada nas várias vertentes, numa abordagem holística da pessoa, em interdisciplinaridade com toda a equipa, de forma a promover a reabilitação, readaptação e reinserção familiar. O método de trabalho de equipa de enfermagem é por gestão de caso. Abrange cerca de 86.734 utentes, provenientes de quatro freguesias (37), em que são assegurados cuidados de reabilitação por EEER durante os dias úteis. Na sub área gestão da doença, a dimensão reabilitação atinge em 2023, um valor de Índice de Desempenho Setorial (IDS) mês de 99,6 (37), com os

indicadores: Proporção de utentes com melhorias funcionais e taxa de internamento asma/DPOC entre doentes com asma/DPOC (38).

O sistema de informação utilizado é o SClínico e o Sistema de Informação para a Reforma da RNCCI, em que são registadas as escalas de *Braden*, *Morse*, Índice de *Barthel* e a Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF).

Este estágio teve como objetivo geral, desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação à pessoa na Comunidade, segundo o qual, foram definidos os seguintes objetivos específicos, identificando as competências desenvolvidas nas atividades realizadas (apêndice D):

- Avaliar as necessidades funcionais da pessoa e diagnosticar as limitações e/ou incapacidades;

Elaborado o diagnóstico da situação neste contexto de estágio (apêndice B e C) de forma a identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades (B2.1) e conhecer fatores que podem interferir na relação com a pessoa e equipa (D1.1), que revelou como necessidades de intervenção à pessoa com patologia respiratória, a RR, o controlo da dispneia e ansiedade, e o aumento da capacidade funcional para realização das AVD, e ainda, uma falta de continuidade dos exercícios de reabilitação indicados pelo EEER na sua ausência. Como desafios, o EEER identificou a gestão da ansiedade da pessoa e a necessidade de visibilidade das suas intervenções. Na comunidade, referem que existe necessidade do sistema de informação, refletir intervenções e de serem introduzidas escalas específicas de RR, não se aplicando nenhum instrumento de avaliação da auto percepção à pessoa. (J1.1).

Foi recolhida informação, sendo utilizados como instrumentos de avaliação, as escalas: TNF, Escala de *Braden*, Escala de *Morse*, e Índice de *Barthel*.

A implementação da TNF na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), prevê a sua utilização na admissão e alta, permitindo como indicador de saúde, medir a evolução da funcionalidade, assim como, avaliar ganhos resultantes de intervenções terapêuticas, de reabilitação ou sociais (24,39).

De forma a desenvolver as competências à pessoa na comunidade, e após terem sido analisados os resultados do diagnóstico de situação, dando resposta à necessidade de

haver continuidade do programa, assim como, de comprometimento da pessoa na gestão da sua doença e na capacitação da reeducação da função respiratória, foi também elaborado um folheto intitulado “Reabilitação Respiratória” (apêndice I), que permite a realização de exercícios sem a presença do EEER de forma controlada, uma vez que inclui a EBM com a orientação necessária para interromper os exercícios, caso não exista condições de segurança clínica para os realizar. Este folheto permite assim, capacitar a pessoa com limitação da atividade (J2.1) e maximizar a funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da mesma, tendo em conta situações de vulnerabilidade (J3.1).

- Compreender as práticas relativas às intervenções do EEER na comunidade;

Foram registadas em grelha de observação, as intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizadas à pessoa com necessidade de reeducação funcional respiratória na comunidade (J1.3) e para capacitação da mesma (J2.1) (apêndice J).

A metodologia do ciclo reflexivo de aprendizagem de *Gibbs*, permitiu procurando o desenvolvimento do autoconhecimento (D1, D2), refletir sobre uma situação significativa em contexto domiciliário de uma pessoa com patologia respiratória, em que o cuidador pode ser preponderante para os resultados da intervenção do EEER (apêndice K). A enfermagem de reabilitação na comunidade deve centrar-se na promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação das pessoas no seu ambiente, abarcando na sua avaliação holística, as necessidades físicas, emocionais, sociais e psicológicas, de forma a desenvolver planos de reabilitação individualizados que incidam em fatores que possam ser influenciadores no processo de transição. Área essencial para a reabilitação, a educação da pessoa e família/cuidador deve procurar a capacitação destes com os melhores conhecimentos e estratégias para um processo de transição saudável e positivo, pelo que, aumentar a literacia em saúde, incentivar a participação ativa na tomada de decisões e promover uma melhor qualidade de vida, deve guiar a sua intervenção. É imperativa uma abordagem integrada e eficaz, em que a pessoa e família se encontrem no centro do sistema, numa colaboração estreita com outros profissionais de saúde, numa avaliação contínua crucial para que os planos delineados sejam ajustados, de forma a atender às mudanças nas necessidades da pessoa e família ao longo do tempo. O EEER em contexto comunitário deve procurar transferir as suas intervenções diretamente para o ambiente da pessoa, tendo por base todos os fatores que o envolvem, contribuindo desta

forma para uma transição mais suave e uma melhor qualidade de vida da pessoa e família/cuidador.

- Conceber e implementar plano de intervenção para reeducação das funções respiratória e/ou cardíaca e/ou motora;

Ao longo desta experiência, foram elaborados e implementados programas de RR a pessoas com patologia respiratória na comunidade, procurando favorecer processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e/ou incapacidade) (J1.2, J1.3, J3.1) (apêndice J).

- Avaliar o resultado da intervenção do EEER na pessoa com patologia respiratória;

Aplicados instrumentos de avaliação, em utilização na UCC, que demonstram ganhos sensíveis aos cuidados do EEER (apêndice J). As pessoas alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação referiram respirar melhor após implementação de programa, da mesma forma que apresentam maior independência nas AVD, por redução da fadiga.

Face ao diagnóstico da situação e encontrando-se em fase de aprovação, um projeto proposto pela supervisora clínica, cuja população alvo corresponde a pessoas com DPOC, foi proposta a inclusão de vários modelos (apêndice L), nomeadamente, uma grelha para registos da primeira avaliação e subsequentes e um modelo de guia de programa para domicílio, com espaço de registo pelo utente, favorecendo o processo de adaptação situacional e capacitação da pessoa. Não se tendo verificado, além do Índice de *Barthel*, os instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação utilizados no contexto clínico anterior, pelo que foi feita referência à importância da utilização da EBM, o mMRC e o TM6m (apêndice L). Foi também referido, o teste de levantar e sentar em 1 minuto, como possibilidade de substituir o TM6m, por ser de mais fácil aplicação, em contexto domiciliário. A proposta de utilização destes instrumentos de avaliação, pretende permitir avaliar a funcionalidade a nível respiratório, determinando limitações e incapacidades, recolher informação e avaliar o impacto que a doença tem no bem-estar e qualidade de vida da pessoa (J1.1), possibilita aumentar a adesão aos programas de reabilitação e incluir a pessoa na gestão da própria doença, uma vez que permite o preenchimento de tabelas pelo próprio (J3.1, J3.2), enquanto o EEER implementa programas de treino

respiratório e motor (J2.1). Um dos focos do EEER deverá incidir constantemente na melhoria contínua da qualidade, que este projeto pode garantir, pelo que, surge como essencial, a colaboração na elaboração e operacionalização de projetos nesta área (B1).

- Identificar a autopercepção da pessoa com patologia respiratória.

Foi também proposto o *COPD Assessment test*, para avaliar o impacto que a DPOC tem no bem-estar e quotidiano da pessoa, estando recomendado como fundamental na avaliação inicial da pessoa (40), da mesma forma que se relevou a importância de avaliar a autopercepção com o PRAISE, elaborando-se para apoio ao projeto em curso, vários modelos de instrumentos de avaliação, que ficam a aguardar aprovação (apêndice L), permitindo desenvolver competências na avaliação do impacto na qualidade de vida e bem-estar (J1.1), avaliando o resultado das intervenções e do programa de treino respiratório, motor e cardíaco segundo a percepção da pessoa (J1.4, J3.2).

A par do realizado para o diagnóstico das necessidades, foram analisados resultados das conversas informais com as pessoas com patologia respiratória (apêndice C).

Os ganhos obtidos foram visíveis, na gestão da dispneia, ansiedade e aumento da capacidade para realização das AVD, mas nem sempre na adesão ao programa de reabilitação sem supervisão. Importa referir que, a importância da equipa multidisciplinar é fulcral quando visualizamos a pessoa como um ser holístico, com variadas necessidades, incluída num sistema familiar/ de cuidadores que apresenta fragilidades, e em que as respostas sociais não são atempadas ou não atendem às reais necessidades. Verifica-se não existirem suficientes respostas para alívio da sobrecarga do cuidador, restringindo-se apenas ao apoio em alguns autocuidados. A sociedade continua a envelhecer e é preciso encontrar novas respostas que se adaptem às diferentes realidades.

Por outro lado, o EEER, na busca permanente pela excelência na sua prática, considera que os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação devem ter como base, um sistema de registos que integre as necessidades de cuidados, incluindo os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem de Reabilitação, assim como, os resultados sensíveis às suas intervenções a nível da capacitação, autonomia e qualidade de vida (pessoal, familiar e social) (41), o que representa uma limitação neste âmbito. Apesar de

propostos, a inclusão dos instrumentos de recolha de dados no programa de RR, apresenta uma burocracia complexa, que necessita ser agilizada.

III. 4. Serviço de Internamento de Ortopedia

O primeiro contexto clínico do terceiro semestre, estágio da valência de ortotraumatologia, decorreu num serviço de internamento de ortopedia, no período compreendido entre 4 de março e 12 de abril de 2024. Trata-se de um serviço de internamento com uma capacidade total de trinta e uma camas, sendo sete enfermarias com quatro camas, e três quartos individuais. A equipa de enfermagem de reabilitação é constituída por quatro EEER, que se encontram em exclusivo na prestação de cuidados especializados nos turnos da manhã e tarde, existindo no entanto, mais um EEER a desempenhar funções de enfermeiro gestor. A intervenção do EEER é realizada nas várias vertentes, numa abordagem holística da pessoa, em interdisciplinaridade com toda a equipa.

Este serviço integra pessoas com cirurgias eletivas, sendo de maior predominância, as cirurgias de artroplastia total da anca (ATA) e artroplastia total do joelho.

O sistema de informação utilizado é o SClínico, em que são registadas as escalas de *Braden*, *Morse*, Índice de *Barthel* e a Medida de Independência Funcional (MIF).

Este estágio teve como objetivo geral, desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da pessoa do foro ortotraumatológico, segundo o qual, foram definidos os seguintes objetivos específicos, identificando as competências desenvolvidas nas atividades realizadas (apêndice D):

- Avaliar as necessidades funcionais da pessoa e diagnosticar as limitações e/ou incapacidades;

Elaborado o diagnóstico da situação neste contexto de estágio (apêndice B e C) de forma a identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades (B2.1) e conhecer fatores que podem interferir na relação com a pessoa e equipa (D1.1), que

revelou como necessidades de intervenção à pessoa com patologia respiratória, do foro ortotraumatológico, o controlo da dispneia e ansiedade, como desafio para o EEER a gestão da ansiedade da pessoa, e a necessidade de serem introduzidos instrumentos de avaliação no sistema informático relativos à função cardiorespiratória (J1.1). Realizada identificação de necessidades funcionais através da avaliação da pessoa e instrumentos de recolha de dados (J1.1).

- Compreender as práticas relativas às intervenções do EEER;

Foram registadas em plano de cuidados, as intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizadas à pessoa com necessidade de reeducação funcional respiratória e/ou cardíaca e/ou motora(J1.3) e para capacitação da mesma (J2.1) (apêndice M).

- Conceber e implementar plano de intervenção para reeducação das funções respiratória e/ou cardíaca e/ou motora;

Ao longo desta experiência, a participação na elaboração e implementação de programas de reabilitação respiratória e/ou cardíaca e/ou motora, foi uma constante, procurando favorecer processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e/ou incapacidade) (J1.2, J1.3, J3.1) , como é demonstrado em estudo de caso (apêndice M).

- Avaliar o resultado da intervenção do EEER na pessoa do foro ortotraumatológico;

Realizada análise da aplicação dos instrumentos de avaliação na pessoa com patologia respiratória submetida a ATA (apêndice M), avaliando os resultados das intervenções implementadas (J1.4) e monitorizando a implementação dos programas (J3.2), A avaliação final do EEER, acerca da Sra. A., permite refletir sobre os ganhos conseguidos até à alta clínica, refletidos através da avaliação dos vários instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ressalva-se que foram garantidas as práticas de reabilitação com respeito pelos direitos humanos e atuando de acordo com a responsabilidade da profissão, aspetos éticos e legais (A1, A2).

- Identificar a autoperceção da pessoa com patologia respiratória.

A par do realizado para o diagnóstico das necessidades, foram analisados resultados das conversas informais com as pessoas com patologia respiratória (apêndice C), não sendo utilizada no serviço qualquer escala de avaliação de autopercepção.

O facto do EEER desempenhar a sua especialização em exclusivo e em excelente colaboração com a equipa multidisciplinar, que reconhece a sua importância, apresenta-se como motivador e de grande satisfação, em que a sua disponibilidade para intervir na pessoa é preponderante para alcançar os melhores resultados possíveis e em condições de segurança. Paralelamente, a importância da intervenção do EEER no pré e pós-operatório de pessoas submetidas a cirurgia é inquestionável, principalmente, quando estamos sob a presença de pessoas com patologia respiratória, que representam um risco acrescido, e nas quais a implementação precoce da Reeducação Funcional Respiratória no programa de Reabilitação Funcional, permite reduzir os riscos inerentes a uma cirurgia e a ansiedade inerente a esta. Atualmente, o tempo de internamento requerido para o caso abordado é cada vez mais curto, porém, a forma como é vivenciada a experiência de transição saúde-doença, pode, dependendo da pessoa, ser um processo complexo com impacto na vida desta e família, fonte de origem de ansiedade e/ou angústia, pelo que a intervenção do EEER é preponderante na forma como as pessoas vivenciam esta experiência, envolvendo-as na gestão dos seus cuidados e capacitando-as para o seu processo de reabilitação.

III. 5. Serviço de Internamento de Medicina Física e Reabilitação

O segundo contexto clínico do terceiro semestre, estágio da valência de neurociências, decorreu num Serviço de Internamento de Medicina Física e Reabilitação de um hospital, no período compreendido entre 15 de abril e 17 de maio de 2024. Trata-se de um serviço de internamento com uma capacidade total de 18 camas, distribuídas em quatro enfermarias mistas, com a missão de recuperar a pessoa visando melhorar a sua capacidade física, sensorial e funcional, permitindo assim, uma melhor qualidade de vida e uma reintegração familiar e socioprofissional eficaz, em que a pessoa é capaz de guiar a sua vida, segundo a sua vontade, numa realidade compatível com as incapacidades resultantes da sua situação de saúde. As pessoas com lesão neurológica são admitidas

através de consulta ou por transferência interna entre unidades do Centro Hospitalar. A equipa de enfermagem de reabilitação é constituída por quatro EEER, em que nenhum se encontra em exclusivo na prestação de cuidados especializados, sendo o método de trabalho, tendencialmente por responsável. Este serviço de internamento é apoiada diariamente por uma área de ambulatório, que compreende ginásio, terapia ocupacional, terapia da fala e hidroterapia. A intervenção do EEER é realizada nas várias vertentes, numa abordagem holística da pessoa, em interdisciplinaridade com toda a equipa.

Este serviço integra pessoas com variadas patologias do foro neurológico, sendo de maior predominância: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Síndrome de *Guillain-Barré* e Miopatias.

O sistema de informação utilizado é o SClínico, em que são registadas as escalas de *Braden*, *Morse*, Índice de *Barthel* e MIF, entre outras que se julguem necessárias, perante a situação clínica da pessoa.

Este estágio teve como objetivo geral, desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da pessoa do foro neurológico, segundo o qual, foram definidos os seguintes objetivos específicos, identificando as competências desenvolvidas nas atividades realizadas (apêndice D):

- Avaliar as necessidades funcionais da pessoa e diagnosticar as limitações e/ou incapacidades;

Elaborado o diagnóstico da situação neste contexto de estágio (apêndice B e C) de forma a identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades (B2.1) e conhecer fatores que podem interferir na relação com a pessoa e equipa (D1.1), que revelou como necessidades de intervenção à pessoa com patologia respiratória do foro neurológico, a RR e o controlo da dispneia e ansiedade, como desafio para o EEER a gestão da ansiedade e a visibilidade das suas intervenções (J1.1).

Ao avaliar as necessidades em estudo de caso de pessoa jovem com AVC isquémico (apêndice N), surgiu a necessidade de realização de um guia intitulado “Eu tenho afasia”, dirigido a familiares/cuidadores (apêndice O).

- Compreender as práticas relativas às intervenções do EEER;

Foram registadas em plano de cuidados, as intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizadas à pessoa do foro neurológico (J1.3) e para capacitação da mesma (J2.1) (apêndice N).

- Conceber e implementar plano de intervenção para reeducação das funções respiratória e/ou cardíaca e/ou motora;

Ao longo desta experiência, a participação na elaboração e implementação de programas de reabilitação a pessoas do foro neurológico foi uma constante, procurando favorecer processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e/ou incapacidade) (J1.2, J1.3, J3.1) (apêndice N).

- Avaliar o resultado da intervenção do EEER na pessoa do foro neurológico;

Realizada análise da aplicação dos instrumentos de avaliação na pessoa com patologia respiratória (apêndice N), avaliando os resultados das intervenções implementadas (J1.4) e monitorizando a implementação dos programas (J3.2).

- Identificar a autoperceção da pessoa com patologia respiratória.

A par do realizado para o diagnóstico das necessidades, foram analisados resultados das conversas informais com as pessoas com patologia respiratória (apêndice C), não sendo utilizada no serviço qualquer escala de avaliação de autoperceção.

Sendo extremamente gratificante, os ganhos obtidos com a intervenção do EEER, importa refletir sobre a procura contínua pela excelência na sua prática profissional. Os Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação incluem a identificação de situações que contribuem para a exclusão da pessoa com deficiência/limitação, otimizando os recursos existentes e envolvendo a pessoa e família, de forma a manter/promover a inclusão da pessoa, promovendo também a sua participação na vida da comunidade (41). A intervenção do EEER na pessoa com AVC, exige uma continuidade de cuidados em todo o percurso até à fase de reabilitação, sendo fundamental que passe por todos os níveis de cuidados, encarando esta doença como uma doença familiar, que como foi avaliado, torna-se preponderante, passando também por um processo de adaptação a esta nova condição do seu ente querido.. Importa relevar que, face à identificação de situações de exclusão da pessoa com afasia, alvo de cuidados em contexto de estágio, tanto no seio familiar como na comunidade, o guia elaborado “Eu

tenho afasia” (Apêndice O), tem como destinatários, familiares/amigos, apresentando várias formas de comunicação alternativa e estratégias adaptativas para interagir com pessoa, de forma a incluí-la nas decisões, a que esta se mantenha como decisora no seu processo de vida e se sinta adaptada a esta nova condição de vida. Refere ainda alguns recursos na comunidade, como o Instituto Português da Afasia, que disponibiliza vários guias informativos à pessoa e família/ amigos, sobre estratégias adaptativas que ajudam a lidar com esta condição e ainda apresenta informações sobre acessibilidade comunicativa, que permite que, através de organizações mais inclusivas, a pessoa com afasia usufrua de todos os seus direitos na sociedade.

A avaliação final deste estudo de caso, realizado com respeito pelos direitos humanos e uma prática profissional regida por aspetos éticos, legais e deontológicos (A1, A2), permite refletir sobre os ganhos conseguidos, refletidos através da avaliação dos vários instrumentos de colheita de dados, além da conversação natural e procedimentos menos formais, em que, conforme já descrito, o EEER assume uma posição privilegiada. A visão de uma pessoa que apesar dos défices e limitações, sorri, ao conseguir realizar algo que lhe dava prazer anteriormente à doença, ultrapassa todos a complexidade de desafios que o EEER vive diariamente no processo de reabilitação destas pessoas. Capacitar a pessoa na decisão de aspetos simples da vida diária, com uma comunicação adaptada, na gestão de contextos geradores de ansiedade, através de exercícios de relaxamento e ferramentas tecnológicas cria um novo mundo adaptado às limitações é um aspeto que necessita ser evidenciado.

No entanto, é necessário refletir sobre o facto do EEER, nem sempre desempenhar em exclusivo a sua área de especialização, levando a uma iniquidade na prestação de cuidados de reabilitação, relativamente às necessidades das pessoas, uma vez que, na generalidade das situações, não existe sequer a possibilidade, de ser equacionada a atribuição das pessoas com maior ponderação de necessidades específicas de enfermagem de reabilitação ao EEER, face ao diferencial de rácios nos quantitativos destas pessoas.

III. 6. Unidade de Cuidados na Comunidade

Este contexto clínico decorreu numa UCC, em vários períodos temporais ao longo do segundo e terceiro semestre, dando resposta à valência de UCC entre 20 de maio a 17 de junho de 2024, de Cuidados Paliativos entre 18 de junho a 8 de julho de 2024, e de Pediatria nos períodos compreendidos entre 19 e 22 de fevereiro e de 9 a 26 de julho de 2024. A equipa de enfermagem de reabilitação é constituída por três EEER, acumulando uma das EEER, a chefia desta UCC. A intervenção do EEER é realizada nas várias vertentes, numa abordagem holística da criança e adultos, em interdisciplinaridade com toda a equipa, de forma a promover a reabilitação, readaptação e reinserção familiar, existindo também um fisioterapeuta na equipa. O método de trabalho de equipa de enfermagem é por gestão de caso. Abrange cerca de 165.980 utentes, provenientes de quatro freguesias (42), atualmente com duas crianças em que são assegurados cuidados de reabilitação por EEER durante os dias úteis. Na sub área gestão da doença, a dimensão reabilitação atinge em 2023, um valor de IDS mês de 62,80 para um objetivo IDS de 70 (42), com os indicadores: proporção de utentes com melhorias funcionais e taxa de internamento asma/DPOC entre doentes com asma/DPOC (42).

O sistema de informação utilizado é o SClínico e o Sistema de Informação para a Reforma da RNCCI, em que são registadas as escalas de *Braden*, *Morse*, Índice de *Barthel* e a TNF.

Este estágio teve como objetivo geral, desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação à pessoa na Comunidade, segundo o qual, foram definidos os seguintes objetivos específicos, identificando as competências desenvolvidas nas atividades realizadas (apêndice D):

- Avaliar as necessidades funcionais da pessoa e diagnosticar as limitações e/ou incapacidades;

Elaborado o diagnóstico da situação neste contexto de estágio (apêndice B e C) de forma a identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades (B2.1) e conhecer fatores que podem interferir na relação com a pessoa e equipa (D1.1), que revelou como necessidades de intervenção à pessoa com patologia respiratória, a RR e o controlo da dispneia e uma falta de continuidade dos exercícios de reabilitação indicados pelo EEER na sua ausência. Como desafios, o EEER identificou a gestão da ansiedade da pessoa, a necessidade de visibilidade das suas intervenções e a consciencialização da

pessoa quanto à importância da sua colaboração. Na comunidade, referem que existe necessidade do sistema de informação, refletir intervenções e de serem introduzidas escalas específicas de RR, não se aplicando nenhum instrumento de avaliação da autopercepção à pessoa. (J1.1).

Foi recolhida informação, sendo utilizados como instrumentos de avaliação, as escalas: TNF, Escala de *Braden*, Escala de *Morse*, e Índice de *Barthel*.

De forma a desenvolver as competências à pessoa na comunidade, e após terem sido analisados os resultados do diagnóstico de situação, dando resposta à necessidade de haver continuidade do programa, assim como, de comprometimento da pessoa na gestão da sua doença e na capacitação da reeducação da função respiratória, foi elaborado um folheto intitulado “Eu (re)aprendo a respirar” (apêndice P), que permite a realização de exercícios sem a supervisão do EEER de forma controlada, incluindo a EBM com a orientação necessária para interromper os exercícios, caso não exista condições de segurança clínica para os realizar. Da mesma forma e face aos inúmeras barreiras arquitetónicas existentes nos domicílios, que aumentam o risco de queda, e que nem sempre os EEER têm capacidade para verificar face ao tempo disponível, foi criado um guia com uma *checklist* que permite ao doente fazer essas identificações, comunicando ao EEER o resultado, através da observação das respostas, conduzindo os ensinamentos para os riscos identificados (apêndice Q) de forma a garantir um ambiente seguro (B3). Inclui também sugestões de resolução desses riscos, para resolução pela própria pessoa, assim que forem identificados. Estes documentos elaborados, permitem assim, capacitar a pessoa com limitação da atividade (J2.1) e maximizar a funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da mesma, tendo em conta situações de vulnerabilidade (J3.1).

- Compreender as práticas relativas às intervenções do EEER na comunidade;

Foram registadas em grelha de observação, as intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizadas à pessoa com necessidade de reeducação funcional respiratória na comunidade (J1.3) e para capacitação da mesma (J2.1) (apêndice R).

- Conceber e implementar plano de intervenção para reeducação das funções respiratória e/ou cardíaca e/ou motora;

Ao longo desta experiência, foram elaborados e implementados programas de RR a pessoas com patologia respiratória na comunidade, procurando favorecer processos de transição/adaptação situacional (saúde/doença e/ou incapacidade) (J1.2, J1.3, J3.1) (apêndice R).

- Avaliar o resultado da intervenção do EEER na pessoa com patologia respiratória;

Aplicados instrumentos de avaliação, em utilização na UCC, que demonstram ganhos sensíveis aos cuidados do EEER (apêndice R). Foi facultado um guia com o programa de RR para a pessoa realizar autonomamente, com a inclusão da EBM em tabela com espaço para preenchimento diário, permitindo confirmar a adesão ao programa sem a supervisão do EEER, o que foi validado com sucesso (J1.4, J2.1, J3.2).

O estudo de caso realizado, refletiu a importância da consciencialização da pessoa como responsável pelo ser processo, e da adesão da mesma ao programa de reabilitação, pelo que é imperativo que se incida nestes aspetos.

Face ao diagnóstico da situação e sendo uma necessidade transversal nas UCC a que se referem este relatório, foi proposta a inclusão de vários modelos (apêndice S), nomeadamente, uma grelha para registos da primeira avaliação e subsequentes e um modelo de guia de programa para domicílio, com espaço de registo pelo utente, favorecendo o processo de adaptação situacional e capacitação da pessoa. Não se verificou além do Índice de *Barthel*, os instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação utilizados no primeiro contexto de estágio, pelo que foi feita referência à importância da utilização da EBM, o mMRC e o TM6m (apêndice S). Em substituição deste último, foi sugerido o teste de levantar/sentar em 1 minuto, como indicador de resultado dos programas de RR, por representar uma alternativa segura na comunidade (43)

A proposta de utilização destes instrumentos de avaliação, pretende permitir avaliar a funcionalidade a nível respiratório, determinando limitações e incapacidades, recolher informação e avaliar o impacto que a doença tem no bem-estar e qualidade de vida da pessoa (J1.1), possibilita aumentar a adesão aos programas de reabilitação e incluir a pessoa na gestão da própria doença, uma vez que permite o preenchimento de

tabelas pelo próprio (J3.1, J3.2), enquanto o EEER implementa programas de treino respiratório e motor (J2.1).

- Identificar a autopercepção da pessoa com patologia respiratória.

Foi também proposto o COPD *Assessment test*, para avaliar o impacto da DPOC no bem-estar da pessoa, da mesma forma que se relevou a importância de avaliar a autopercepção com o PRAISE, ficando estes modelos de instrumentos de avaliação, a aguardar aprovação (apêndice S), permitindo desenvolver competências na avaliação do impacto na qualidade de vida e bem-estar (J1.1), avaliando o resultado das intervenções e do programa de treino respiratório, motor e cardíaco segundo a percepção da pessoa (J1.4, J3.2).

A par do realizado para o diagnóstico das necessidades, foram analisados resultados das conversas informais com as pessoas com patologia respiratória (apêndice C).

Todas as intervenções realizadas, regeram-se no respeito pelos direitos humanos e normativos ético-legais e deontológicos da profissão (A1, A2).

Este contexto de estágio segue a metodologia de organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação promotora de qualidade (41), nomeadamente o modelo de gestor de caso, no entanto, o rácio de enfermeiros 1/5 pessoas é claramente ultrapassado, agravando ainda mais esse rácio quando existem baixas médicas prolongadas, não sendo possível seguir a norma técnica para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (44).

A percepção de que a DPOC pode iniciar-se numa fase precoce da vida afetando jovens, que fatores ambientais além do tabagismo podem contribuir para esta doença e que existem condições precursoras como a pré-DPOC, desafia a criação de programas que visem a sua prevenção, diagnóstico precoce e intervenção imediata (45).

III. 6. 1. Cuidados Paliativos

Este estágio teve como objetivo geral, desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação à pessoa em Cuidados Paliativos. De acordo com este objetivo e com o diagnóstico da situação, foram definidos os seguintes objetivos específicos, identificando as competências desenvolvidas nas atividades realizadas, conforme apêndice D.

- Avaliar as necessidades de intervenção à pessoa com patologia respiratória em Cuidados Paliativos, na comunidade;

Elaborado o diagnóstico da situação neste contexto de estágio (apêndice B e C) de forma a identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades (B2.1) e conhecer fatores que podem interferir na relação com a pessoa e equipa (D1.1), que revelou como necessidades de intervenção à pessoa com patologia respiratória, a RR e o controlo da dispneia e ansiedade, sendo o seu maior desafio o controlo da ansiedade nesta transição.

- Elaborar e implementar plano de intervenção do EEER para reeducação das funções respiratória e/ou cardíaca e/ou motora;

Elaborado estudo de caso “Enfermagem de Reabilitação na pessoa com DPOC e insuficiência respiratória crónica, em contexto paliativo” (apêndice T), tendo elaborado e implementado programa de reabilitação respiratória procurando favorecer processos de transição/adaptação situacional (J1.2, J1.3, J3.1) , como é demonstrado em estudo de caso. A avaliação das intervenções permitiu concluir que uma ligeira melhoria na capacidade de realização das AVD, tendo sempre como base a pessoa no centro de sistema, o respeito pelos seus direitos, responsabilidades éticas, legais e deontológicas da profissão, com foco na dignidade humana (A1,A2).

- Identificar a autoperceção da pessoa com patologia respiratória

A par do realizado para o diagnóstico das necessidades, foram analisados resultados das conversas informais com as pessoas com patologia respiratória (apêndice C), não sendo utilizada no serviço qualquer escala de avaliação de autoperceção.

Para Meleis, quando as expectativas e referências construídas previamente sofrem uma rotura (característica primordial da transição), os sentimentos de segurança no mundo tal como a pessoa o conhecia são afetados, influenciando os conceitos de bem-estar e satisfação (25). Reforçando a importância da autoperceção da pessoa em fim de

vida, na identificação das suas necessidades, releva-se que “apenas estes detêm o conhecimento sobre a melhor forma de satisfazer essas mesmas necessidades com vista ao equilíbrio e autonomia” (36), pelo que o EEER deve reunir essa informação e planear os cuidados conjuntamente com a pessoa e família/cuidador (36).

O cuidado paliativo surge como um termo amplo, que visa prevenir e aliviar sofrimento, proporcionando a melhor qualidade de vida possível, à pessoa e família, independentemente do estadió da doença, pelo que, sendo a DPOC altamente sintomática (dispneia, ansiedade, fadiga, entre outras), exige cuidados paliativos baseados nesses sintomas, otimizando a funcionalidade e melhorando a qualidade de vida (45). As abordagens paliativas mostram-se eficazes no controle dos sintomas da DPOC avançada (45). O alívio da dispneia pode ser abordado, não só com o uso de broncodilatadores inalatórios, como com ensinos realizados durante a RR, nomeadamente de técnicas de respiração (45), assim como, o exercício e técnicas de relaxamento apresentam benefícios para o alívio da ansiedade e fadiga (40,45).

III. 6. 2. Pediatria

Este estágio teve como objetivo geral, desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação à pessoa em idade pediátrica, segundo o qual, foram definidos os seguintes objetivos específicos, identificando as competências desenvolvidas nas atividades realizadas (apêndice D):

- Avaliar as necessidades funcionais da pessoa em idade pediátrica e diagnosticar as limitações e/ou incapacidades;

Elaborado o diagnóstico da situação neste contexto de estágio (apêndice B e C) de forma a identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades (B2.1) e conhecer fatores que podem interferir na relação com a pessoa e equipa (D1.1), que revelou como necessidades de intervenção à pessoa com patologia respiratória em idade pediátrica, a RR em contexto familiar. Como desafios, o EEER identificou a gestão da doença em contexto familiar (J1.1).

- Acompanhar a elaboração/implementação de plano de intervenção do EEER para reeducação das funções respiratória e/ou cardíaca e/ou motora à pessoa em idade pediátrica.

Elaborado e implementado programa de reabilitação funcional, respiratória e motora à pessoa em idade pediátrica.

Integrar a enfermagem de reabilitação pediátrica na comunidade é um duplo desafio, pelo que, foi elaborada ao longo do ensino clínico, uma reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem proposto por *Graham Gibbs*, de uma situação considerada significativa numa pessoa em idade pediátrica (Apêndice U).

Entre os casos experienciados neste contexto de estágio, intervir nesta criança representou uma intervenção numa família de pessoas em processo de reabilitação, procurando encontrar não só respostas individuais, como também sistémicas. As famílias alteram-se “quando vivenciam processos de doença, particularmente quando estes determinam dependência, deficiência, incapacidade e desvantagem” (24), pelo que é imperativo que a intervenção do EEER, abarque toda a família, tendo como base, as transições do tipo saúde-doença, transição situacional do hospital para a comunidade e as transições de desenvolvimento com o conseqüente aumento de complexidade nas suas respostas, pelo que o referencial teórico de Afaf Meleis, representa mais valia, em guiar os cuidados na área da reabilitação, à pessoa, família e comunidade, permitindo a vivência de experiências de transição, no sentido de alcançar os melhores ganhos em saúde (25).

Por vezes, o processo de reabilitação familiar, tem de incluir a desconstrução das vivências anteriores, propondo estratégias adaptativas, que permitam viver as novas condições da melhor forma (24), longe da visão perfeita de um mundo perfeito.

Atualmente, a família pode representar um recurso para a intervenção do enfermeiro, e este um suporte que sustenta a família, no entanto, um novo paradigma pode surgir se for a família a tornar-se um cliente, exigindo novos conhecimentos e competências que permitam uma interação contínua entre todos os elementos (24).

As necessidades crescentes em cuidados de reabilitação na comunidade não acompanham o número de EEER que desempenham funções, originando sobrecarga de trabalho para os mesmos, e redução da disponibilidade temporal para cada pessoa/família,

não sendo capazes de proporcionar os cuidados, com a qualidade que gostariam, sendo levados a priorizar situações, nomeadamente, intervenções técnico-científicas centradas na reabilitação física, em detrimento de uma intervenção holística que envolve o bem-estar psicológico, social, cultural e espiritual.

III. 7. Aquisição de competências

De forma a promover o desenvolvimento das competências do EEER, o exercício da profissão, sustentou-se nos seus instrumentos reguladores, tendo inerente o referencial teórico de Afaf Meleis, em que as transições vivenciadas pela pessoa com patologia respiratória, foram percebidas como um todo, influenciando a sua atuação na compreensão da pessoa e família/cuidador em momentos do processo de transição, tendo em consideração a natureza do mesmo, as condições para que suceda e os padrões de resposta, de modo a que este se processe com a consciencialização destes, de forma saudável, com objetivo essencial de maximização das capacidades e conhecimento, tendo presente a máxima de guiar a pessoa e família/cuidador através de experiências de transição positivas (25). Nos diversos contextos clínicos de estágio, foram desenvolvidas competências de Enfermagem de Reabilitação, através de algumas atividades previamente delineadas em plano de projeto e outras reformuladas face às necessidades encontradas e referidas em conversas informais pelos EEER.

A busca pela maximização da funcionalidade, foi assente no desenvolvimento de atividades, elaborando e implementando programas de treino motor e cardio-respiratório, e avaliando e reformulando esses mesmos programas (21), que em contexto de comunidade inclui vários desafios, pelo que, foram propostas alternativas, como indicadores de resultado nos programas de reabilitação respiratória. O teste de sentar e levantar em 1 minuto revela-se viável, como indicador de resultado sensível à intervenção do EEER, em pessoas com doença respiratória crónica, em alternativa à TM6m (43), sendo executado de forma mais simples e em menos tempo, tendo a capacidade de realizar de forma segura, a avaliação funcional da pessoa na comunidade, com os recursos existentes e face aos contrangimentos de tempo e espaço que o enfermeiro em visita domiciliária vivencia.

De forma a potenciar essa aquisição de competências, foi frequentado o *webinar* “Transição entre ambientes de prática Clínica: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como Decisor, Interveniente e Formador” (Anexo A), que abordou questões que envolvem a dificuldade na garantia da continuidade de cuidados entre os diferentes níveis e ambientes de prática clínica com que se depara o EEER e cujos constrangimentos foram identificados nas conversas informais que contribuíram para o diagnóstico de situação. Confrontando com este percurso e verificando-se em todo o trabalho produzido que este relatório comprova, verifica-se um desempenho profissional do EEER nestas 3 áreas, nomeadamente como:

- Decisor, é responsável por conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação personalizados, baseados nas necessidades reais e potenciais das pessoas, em que “o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida, permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (21);

- Interveniente, atuando na reabilitação das pessoas, utilizando intervenções específicas para melhorar as funções residuais, que mantenham ou recuperem a independência nas AVD, minimizando o impacto das incapacidades, que envolvem entre outras, as funções respiratória, cardíaca, ortopédica e neurológica, promovendo o diagnóstico precoce e medidas preventivas, assegurando a manutenção das capacidades funcionais e a prevenção de complicações e incapacidades (21);

- Formador, na educação das pessoas e famílias/cuidadores, relativamente ao planeamento da alta e na continuidade dos cuidados, permitindo também a reintegração destes na comunidade, e por outro lado, na promoção de práticas baseadas em evidências (21), entre os EEER e com os enfermeiros generalistas.

Este webinar demonstrou como fundamental para obter ganhos neste percurso, o desempenho profissional nestas três áreas, de forma a proporcionar cuidados de elevada qualidade, para alcançar o máximo de independência e qualidade de vida possíveis, à pessoa alvo de cuidados.

Foi também assistido o *webinar* “O que esperar do processo de reabilitação numa Unidade de Convalescença?” (Anexo B), por representar uma mais valia na aquisição de conhecimentos durante o primeiro estágio na área da comunidade, acrescentando algumas

informações pertinentes, na área da referenciação, metodologia de trabalho e equipa multidisciplinar, abarcando as realidades atuais, permitindo desenvolver competências de forma mais informada e numa mais rápida adaptação aos contextos clínicos de estágio.

Todo o percurso de desenvolvimento de competências, foi demarcado por uma prática profissional, ética e legal regida por princípios éticos e deontológicos, assentes nas melhores práticas profissionais e garantindo o respeito pelos direitos humanos e preferências da pessoa, colaborando de forma ativa na concepção e operacionalização de projetos que procurem garantir a melhoria contínua da qualidade, desenvolvendo as melhores práticas num ambiente terapêutico e seguro, gerindo cuidados e otimizando respostas em articulação com as equipas, adequando sempre os recursos às necessidades, da mesma forma que foi desenvolvido conhecimento e baseada a prática clínica na melhor evidência científica (competências A, B, C e D) (32) . Garantindo o desenvolvimento das competências de mestre, promovendo a melhoria de qualidade dos cuidados e contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento especializado com recurso a uma prática baseada na evidência (46), aguarda submissão a publicação, uma revisão *scoping* segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute*, , intitulada “Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na mobilização precoce da pessoa em contexto de UCI: Revisão *Scoping*”, cujos resultados, comprovam a RFR como parte integrante e de relevo do programa de reabilitação no âmbito da mobilização precoce (Apêndice V), suportando a prática clínica em evidência científica (D2.2) e avaliando a qualidade das práticas clínicas (B2.1) (32).

IV. Considerações Finais

Os dados epidemiológicos relacionados com as doenças respiratórias revelam a extrema importância que assumem a nível mundial e nacional, traduzindo a emergente necessidade de intervenção do EEER, pelo que deve ser dada prioridade à influência que este pode ter no desenvolvimento de novos modelos de cuidados, nas políticas de saúde e no maior investimento em práticas de redução dos fatores de risco. Os problemas associados à patologia respiratória podem ter repercussões significativas na autonomia e qualidade de vida da pessoa e da sua família, afetando a forma como percecionam as experiências de transição saúde/doença ou limitação. As evidências demonstram que as pessoas com patologia respiratória, se acompanhadas pelo EEER, tendem a se empoderar na gestão da sua doença, aderindo aos planos de tratamento e a evitar/resolver adequadamente as complicações inerentes, refletindo-se numa redução de internamentos hospitalares/ reinternamentos e melhorando a qualidade de vida e satisfação da pessoa e consequentemente a auto percepção sobre o seu estado. Este relatório permite demonstrar os ganhos em saúde, com a intervenção do EEER, em pessoas com patologia respiratória, em várias valências, assim como em situações transversais a todas as doenças, uma vez que a RR tem benefícios múltiplos, sendo transversal nas várias transições que a pessoa pode vivenciar, reduzindo a ansiedade, permitindo contribuir para os desafios da saúde do presente e futuro, evidenciando nos vários contextos clínicos, ganhos na auto percepção da saúde da pessoa com patologia respiratória, através das atividades desenvolvidas pelo EEER, demonstrando resultados que permitem evidenciar a importância do EEER na equipa de saúde, traduzindo-se em ganhos em saúde para a população portuguesa.

Por outro lado, todo o percurso descrito, permitiu refletir sobre as necessidades identificadas e ainda não colmatadas pelo EEER, que sejam alvo de reflexão e debate, que promovam estratégias inovadoras e que produzam mudanças na forma como cada pessoa vive os seus processos de transição saúde/doença, tornando-o capacitado para ser o gestor da própria experiência, o direito à dignidade e qualidade de vida. A multiplicidade e complexidade de formas como as pessoas vivenciam experiências de transição, necessitam de maior pesquisa e reflexão, para que a prática de Enfermagem de Reabilitação seja capaz de dar uma resposta cada vez mais aproximada às necessidades reais da pessoa e família, trazendo ganhos *win-win*.

Face ao desconhecimento de vários fatores relativos aos contextos de estágio, e conforme premissa de que poderia ser alterado ao longo do tempo, de forma a alcançar maiores ganhos nas atividades a desenvolver e melhores resultados para a pessoa e família, este relatório refletiu também algumas alterações face ao planeamento inicialmente proposto, esperando-se contribuir para a valorização da Enfermagem de Reabilitação.

O desafio emergente de uma sociedade envelhecida, com uma procura crescente de cuidados de saúde a longo prazo, torna imperativo o desenvolvimento de projetos que promovam a readaptação das pessoas com patologia respiratória, numa transição adaptativa face ao estado da sua doença. Os serviços de cuidados comunitários representam atualmente um desafio em termos de acesso pela sua disponibilidade insuficiente, pelo que o seu desenvolvimento deve ter como base projetos que enfatizem o empoderamento da pessoa/cuidadores.

Na busca pela melhor evidência, constatou-se a existência de vários estudos que avaliam a perceção do EEER sobre a pessoa com a sua patologia, no entanto é imperativo que alteremos esta visão, é fundamental uma adaptação desta premissa, que abarque a perceção nos dois sentidos, numa avaliação completa das necessidades, pois só assim teremos o cidadão no centro do sistema, com as suas necessidades reais e individuais, com as múltiplas formas de vivenciar os processos de transição, em que o EEER possa exercer as suas competências em pleno, trazendo benefícios, não só no impacto para a pessoa, como para a colaboração da mesma no programa de reabilitação. Neste contexto é primordial que se demonstre ênfase em estudos futuros centrados no cruzamento da perceção da pessoa com a perceção do EEER, sobre as suas intervenções.

Da mesma forma, tornam-se também, não menos importante, que se realizem estudos de pesquisa futuros centrados na diferença de autoperceção da pessoa entre programas de RR em contexto hospitalar e comunitários, podendo contribuir para o desenvolvimento de novas dinâmicas.

Realização de momentos reflexivos da prática, através de debate de casos clínicos e temas específicos, divulgar trabalhos desenvolvidos que evidenciem a intervenção do EEER em programas de RR, relevando a RR como uma prioridade, com ganhos em saúde

e contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde, e aumentando a acessibilidade a estes programas, promovendo equidade às pessoas que da RR podem beneficiar.

Verificou-se a existência de vários projetos para a DPOC, no entanto é necessário investir em programas de reabilitação em outras patologias respiratórias e incidindo na prevenção de doenças respiratórias.

Este percurso motivou a busca por novos projetos, pelo que se pretende realizar uma candidatura a curto prazo, de um projeto para financiamento pela Ordem dos Enfermeiros, sobre um programa domiciliar, através de plataforma de RR baseada em realidade virtual, para monitorização das patologias respiratórias, com espaço para exposição de dúvidas da pessoa e família/cuidador, com acesso ao preenchimento de escalas, gerido e monitorizado por EEER, com posterior participação da equipa multidisciplinar, incluindo nutricionistas, psicólogos, pneumologistas e assistentes sociais, de forma a promover equidade e acessibilidade com ganhos de escala (pacientes que vivem longe), reduzindo o tempo de deslocamento dos EEER (visitas mensais) e reduzindo custos.

É imperativo que o EEER seja proativo, promotor de mudanças no reconhecimento da sua intervenção, que demonstrem resultados percebidos na pessoa alvo dos seus cuidados, que possua um pensamento crítico relativamente à sua prática profissional e ao que está ao seu alcance, ao desenvolver uma enfermagem baseada na evidência, de forma a desafiar os decisores na realização de mudanças nas condições do exercício profissional, que promovam equidade em saúde.

V. Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva; 2024 [citado 23 de Julho de 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>
2. Instituto Nacional de Estatística. INE 2024_16COD_2022_retificado [Internet]. Destaque. 2024 Mai [citado 23 de Julho de 2024]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2022 [citado 29 de Junho de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. World Health Organization. Investing in noncommunicable disease control generates major financial and health gains [Internet]. 2018 [citado 29 de Junho de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/16-05-2018-investing-in-noncommunicable-disease-control-generates-major-financial-and-health-gains>
5. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Lisboa; 2021.
6. Ribeiro O, Néné M, Sequeira C. Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas. 1º. Lisboa: Lidel; 2021.
7. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saude 2022 [Internet]. Lisboa ; 2024 [citado 26 de Maio de 2024]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=439489924&PUBLICACOESmodo=2
8. Meleis A. Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2010.
9. Reabilitação DE, Mesa DA, Da C, De E, De Reabilitação E. Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação [Internet]. 2015 [citado 23 de Julho de 2024]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Asembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf?msckid=33f155f3ce5c11ec95239f574be77fe5

10. World Health Organization. Respiratory Tract Diseases [Internet]. [citado 9 de Novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.emro.who.int/health-topics/respiratory-tract-diseases/index.html>
11. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. ONDR 2020. 2020.
12. Hoeman S. Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo. 2ª Edição. Lusociência; 1996.
13. Fundação Portuguesa do Pulmão. Observatório Nacional Doenças Respiratórias 2023 [Internet]. 2023 [citado 24 de Julho de 2024]. Disponível em: https://www.apcsd.pt/docs/FundPulmao-ONDR_2023.pdf
14. Rodrigues F. Fundação Portuguesa do Pulmão. [citado 4 de Setembro de 2024]. O que é a Reabilitação Respiratória e quais os seus benefícios? Disponível em: <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/publicacoes/conteudos/o-que-e-a-reabilitacao-respiratoria-e-quais-os-seus-beneficios/>
15. Fundação Portuguesa do Pulmão. ONDR 2020 [Internet]. 2020 [citado 24 de Julho de 2024]. Disponível em: <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf>
16. Vintém J. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Internet]. Julho de 2008 [citado 5 de Novembro de 2023];26(2):5–16. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/95342/1/01.pdf>
17. The WHOQOL Group. What quality of life? World Health Forum. 1996;17:354–6.
18. Mattos S, Moreira T, Pereira D, Freire K, Alves V, Filho V, et al. Instruments for measuring self-perceived health among adults: a Scoping Review. Psicologia, Saúde & Doença [Internet]. Dezembro de 2020 [citado 5 de Novembro de 2023];21(03):878–95. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/348152504>
19. Sousa MR, Vilar AI, Sousa CN, Bastos F. Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. Em Porto; 2021 [citado 3 de Setembro de 2024]. p. 15–26. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39477/1/e-book-a.pdf>
20. Direção-Geral da Saúde. Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) [Internet]. Lisboa; 2009 Out [citado 5 de Setembro de 2024]. Report No.: 40A/DSPCD. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/CircularDG_S40A_DSPCD_27Out2009.pdf

21. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, Regulamento n.º 392/2019. 2019 [citado 24 de Abril de 2023]. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
22. Ordem dos Enfermeiros. Reabilitação Respiratória - Guia Orientador de Boa Prática. 1.ª ed. Vol. 10. Lisboa; 2018.
23. Alison JA, McKeough ZJ. Reabilitação pulmonar para DPOC: programas com equipamentos mínimos de exercícios são eficazes? 2014.
24. Vieira C, Sousa L. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. 1ª. Lusodidacta; 2023. 605–616 p.
25. Carvalho AM, Pinho N, Rebelo L, Araújo T. Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. Revista Investigação em Enfermagem [Internet]. 2019;35–44. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/337313131>
26. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Vol. 2015, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2015. p. 1–21.
27. Sousa L, Martins MM, Novo A. A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 16 de Setembro de 2020;3(1):63–8.
28. Patrícia T, Nunes R. Planeamento do regresso a casa pelo Enfermeiro de Reabilitação e nível de dependência. [Funchal]: Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; 2020.
29. Costa FJA. Ganhos em saúde com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação em doentes com DPOC [Internet]. [Vila Nova de Gaia]: Instituto Politécnico do Porto; 2016 [citado 1 de Novembro de 2023]. Disponível em: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8784/1/Fernando_Costa_MGO_2015-2016_ramogestaounidadesdesaude.pdf
30. Clemente S, Faria Inês. Panorama nacional da Reabilitação Respiratória em 2023 [Internet]. 2023 [citado 12 de Setembro de 2024]. Disponível em: https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/panorama-nacional-da-reabilita%C3%A3%C2%A7%C3%A3%C2%A3o-respirat%C3%A3%C2%B3ria_2023.pdf

31. Ruivo MA, Ferrito C, Nunes L. Metodologia de projeto: coletânea descritiva. Revista Percursos [Internet]. Janeiro de 2010;1–38. Disponível em: <http://www.cfpa.pt/cfpa/pes/meterelatorios.pdf>
32. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, Regulamento n.º 140/2019. 2019 [citado 24 de Abril de 2023]. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
33. Almeida Cristina Vaz, Silva CR, Rosado D, Miranda D, Oliveira Dina. Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde [Internet]. 2019. Disponível em: www.dgs.pt
34. Machado PC de O. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no controlo sintomático em Cuidados Paliativos [Internet]. Lisboa; 2019 [citado 31 de Agosto de 2024]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/32154>
35. Machado APN. Contributo da enfermagem de reabilitação em Cuidados Paliativos [Internet]. Lisboa; 2013 Jan [citado 31 de Agosto de 2024]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36015/1/201516292.pdf>
36. Almeida CSJRG. Satisfação das necessidades de cuidado em fim de vida: Perceção do doente e do enfermeiro [Internet]. [Lisboa]: Universidade de Lisboa; 2017 [citado 31 de Agosto de 2024]. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33612/1/11516_Tese.pdf
37. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários [Internet]. [citado 13 de Fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3112151/Paginas/default.aspx>
38. Administração Central do Sistema de Saúde I. Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023. 2023.
39. Direção-Geral da Saúde. Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e Idoso [Internet]. Lisboa; 2019 Jan [citado 2 de Setembro de 2024]. Report No.: N.º 001/2019. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/pt/implementacao-da-tabela-nacional-de-funcionalidade-no-adulto-e-idoso_2019.pdf
40. Ferreira CP, Vicente C, Castro D, Torrado D, Silva E, Mendes Guilherme. Guia Prático de Gestão da DPOC nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa; 2021.
41. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação Lisboa; Jan 26, 2018 p. 1–19.

42. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários [Internet]. [citado 25 de Fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3151651/Pages/default.aspx>
43. Gaspar LJR, Borges M. O Teste de sentar e levantar em 1 minuto como indicador de resultado nos Programas de Reabilitação Respiratória [Internet]. Póvoa do Varzim; 2017 [citado 2 de Setembro de 2024]. Disponível em: <https://portaberta.ipb.pt/individual/cv-t-8a5e3a5330a5b53d3cc87a1bc0ba4761>
44. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.^a série, Regulamento n.º 743/2019 Lisboa; Set 25, 2019 p. 128–55.
45. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2024 Report) GOLD-2024_v1.2-11Jan24_WMV [Internet]. 2024 [citado 4 de Setembro de 2024]. Disponível em: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
46. Presidência do Conselho de Ministros. Regulamento n.º 705/2021 - Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. Diário da República n.º 144/2021, Série II de 2021-07-27 Lisboa; Jul 27, 2021 p. 122–9.

Apêndices

Apêndice A - Competências desenvolvidas por contexto de estágio

Apêndice B – Resultados de conversas informais com os EEER

Apêndice C – Resultados de conversas informais com as pessoas com patologia respiratória e cuidadores

Apêndice D - Competências adquiridas e atividades desenvolvidas por contexto de estágio

Apêndice E – Programa de RR de doente com patologia respiratória

Apêndice F – Artigo elaborado a aguardar submissão a publicação: “Impacto do Exercício Físico inserido em Programa de Reabilitação em Hospital de Dia à pessoa com Infecção por MNT”

Apêndice G – Resultados da aplicação da PRAISE a pessoas com patologia respiratória em contexto da prática clínica

**Apêndice H – Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem de *Gibbs* –
Intervenção do EEER na pessoa em Cuidados Paliativos**

Apêndice I – Folheto “Reabilitação Respiratória”

Apêndice J – Plano de RR na Comunidade

**Apêndice K – Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem de *Gibbs* –
Intervenção do EEER na pessoa com patologia respiratória na comunidade**

Apêndice L – Modelos de apoio a projeto de RR a pessoas com DPOC

Apêndice M – Estudo de caso “Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a ATA com patologia respiratória”

Apêndice N – Estudo de caso “Enfermagem de Reabilitação na pessoa jovem com AVC

Apêndice O – Guia “Eu tenho afasia”

Apêndice P – Folheto “Eu (re)aprendo a respirar”

Apêndice Q - Guia “Eu não quero cair!”

Apêndice R – Estudo de caso “Enfermagem de reabilitação na pessoa com DPOC em UCC”

Apêndice S – Modelos de apoio a projeto de RR a pessoas com DPOC

Apêndice T – Estudo de caso “Enfermagem de Reabilitação na pessoa com DPOC e insuficiência respiratória crónica, em contexto paliativo”

**Apêndice U – Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem de *Gibbs* –
Intervenção do EEER na pessoa em idade pediátrica**

Apêndice V – Artigo elaborado a aguardar publicação: “Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na mobilização precoce da pessoa em contexto de UCI: Revisão *Scoping*”

Anexos

Anexo I - Certificado de participação no *webinar* “Transição entre ambientes de prática Clínica: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como Decisor, Interveniente e Formador”

Anexo II – Certificado de participação no *webinar* “O que esperar do processo de reabilitação numa Unidade de Convalescença?”